

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

N°

THÈSE

POUR LE

421

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MEDECINE)

PAR

MARTIN LIEBER

Né le 29 Mai 1910, à Gurahumorulni (Roumanie)

**Etude critique du Traitement
du Psoriasis**

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

LIBRAIRIE L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, 17
PARIS (V)

—
1937.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MEDECINE)

PAR

MARTIN LIEBER

Né le 29 Mai 1910, à Gurahumorulni (Roumanie)

Etude critique du Traitement du Psoriasis

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

LIBRAIRIE L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, 17
PARIS (V)

—
1937.

LE DOYEN : ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	POLANOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER
	CARNOT
	CLERC
	Marcel LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
	CUNEO
Clinique chirurgicale	GOSSET
	GREGOIRE
	LENORMANT
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	MARION
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
Cardiologie clinique	LAUBRY
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE
	MULON
	OLIVIER
	VERNE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgi- cale.	LAROCHE Guy ..	Pathologie médicale.
BARIETY	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expéri- mentale.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgi- cale.
BESANÇON Justin	Hydrologie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI	Neurologie et Psy- chiâtrie.
BULLIARD	Histologie.	MENEGAUX.....	Pathologie chirurgi- cale.
CATHALA	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOULONGUET ..	Pathologie chirurgi- cale.
DOGNON	Physique.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	OBERLING	Anatomie pathologi- que.
FUNCK	Pathologie chirurgi- cale.	PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgi- cale.
GALLIARD	Parasitologie.	PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
GASTINEL	Bactériologie.	PORTES	Obstétrique.
DE GAUDART		RENARD	Ophthalmologie.
D'ALLAINES ..	Pathologie chirurgi- cale.	RICHET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.	SANNIE	Chimie biologique.
GAYET	Physiologie.	SENEQUE	Pathologie chirurgi- cale.
GIROUD	Histologie.	TROISIERS	Pathologie expéri- mentale.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngolo- gie.	VIGNES	Obstétrique.
HAZARD	Pharmacologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgi- cale.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologi- que.		
JOANNON	Hygiène.		
LACOMME	Obstétrique.		
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.		

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale.	LARDENOIS	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LEROUX	Anatomie pathologi- que.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUENIOT	Obstétrique.	PHILIBERT	Bactériologie.
		VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ...	
CHIRAY		HEITZ-BOYER .	
DONZELOT ...		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ ...	
PASTEUR- VALLERY- RADOT		VELTER	
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE ET A MON PERE,

Je dédie ces quelques pages, léger témoignage de mon profond amour filial et de mon infinie reconnaissance pour le dévouement et tous les sacrifices qu'ils se sont imposés pendant de longues années.

A MES SŒURS,

En témoignage de ma profonde reconnaissance pour leur appui moral et matériel.

A MA BELLE-SŒUR.

A MON FRERE le DOCTEUR Paul LIEBER,

Bien faible témoignage de ma grande affection.

A MON AMI, le DOCTEUR Adolphe BRECHER,

En souvenir des longues années d'études passées ensemble.

MEIS ET AMICIS,

A NOTRE PRESIDENT DE THESE,

M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

*Professeur de clinique de maladies cutanées et
syphilitiques de la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis*

*Qui nous a fait le grand honneur de
présider notre thèse. Hommage de notre
respectueuse gratitude.*

A M. LE DOCTEUR LEVY FRANCKEL,

*Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de clinique à la Faculté de Médecine
Assistant à l'Hôpital Saint-Louis*

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a aidé de ses précieux conseils.
Hommage respectueux de notre recon-
naissance.*

A NOS MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
DE TOURS.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE PARIS.

A MON ONCLE ABRAHAM SHEBAR,

Président of Temple Israel Unit Freeport

En témoignage de ma profonde reconnaissance pour son appui moral et matériel.

A MESSIEURS DE ROTHSCHILD FRERES,

A MONSIEUR Léon SOMMER,

En témoignage de ma profonde reconnaissance pour leur appui moral et matériel.

INTRODUCTION.

Le problème du traitement du psoriasis a de tout temps passionné les auteurs, et nombreux sont encore à l'heure actuelle les tentatives de guérison de cette dermatose décevante. Lorsqu'on observe les résultats obtenus par les différentes modes de traitements proposés jusqu'aujourd'hui dans le traitement de cette maladie, on est frappé par ce fait dominant que, quelque soit la substance employée, aucune d'elle n'a pu guérir définitivement le psoriasis et que toutes ont pratiquement donné, à peu près, les mêmes pourcentages de succès et d'échecs.

Ceci nous a conduit donc d'analyser les méthodes thérapeutiques employées jusqu'aujourd'hui et celles qu'on emploie actuellement. Nous nous proposons donc de passer en revue le plan suivant :

I. — TRAITEMENT EXTERNE.

- a) Huile de cade et acide crysophanique.
- b) Bains.
- c) Pommade à l'éosine et corps colorants,

II. — TRAITEMENT INTERNE.

- a)* Salicylate de soude.
- b)* Soufre.
- c)* Chlorydrate d'émetine.
- d)* Bleu de méthylène.
- e)* Serum bicarbonaté.
- f)* Sels de manganèse.
- g)* Opothérapie.
- h)* Régime alimentaire.
 - 1) Régime hypoazoté.
 - 2) Régime hypochloruré.
 - 3) Régime sans graisse.

III. — TRAITEMENT GÉNÉRAL.

- a)* Arsénicaux.
- b)* Radiothérapie.
- c)* Sels d'or.
- d)* Electrocoagulation.
- e)* Injection d'extraits de squames.
- f)* Les Clasines de Jausion.
- g)* Injections de lait.
- h)* Serum antidiphthérique.
- i)* Vaccin antistaphylococcique.

IV. — OBSERVATIONS.

Conclusions.

I. — TRAITEMENT EXTERNE.

a) HUILE DE CADE ET ACIDE CHRYSOPHANIQUE. — Le traitement local comporte en principe deux temps : décapage et action réductrice. Il doit parfois être précédé lorsque les lésions revêtent un caractère inflammatoire, d'une phase d'applications calmantes. Le meilleur agent de décapage reste l'acide salicylique à 5 %, en excipient vaseline ou glycerolé, associé à des bains savonneux fréquents et prolongés. Parmi les préparations modernes le Procuta possède un excellent pouvoir décapant. En ce qui concerne les corps réducteurs, on s'adresse suivant le cas à l'huile de cade et à l'acide chrysophanique.

Ce sont des réducteurs qui constituent le véritable traitement d'attaque. Ces deux médicaments employés judicieusement donnent des bons résultats. Mais leur emploi n'est pas sans inconvénients. Ils offrent des difficultés d'ordre pratique, brûlures, taches, que laisse la chrysarobine sur le linge, même à travers des bandes protectrices, malpropreté et odeur gênante de l'huile de cade. D'autre part, si on ne limite pas leur application à la peau lésée, ils exposent aux érythrodermies graves, et bien que tout le monde connaisse la toxicité

de la chrysarobine, surtout en application étendue, il n'a pas été toujours facile d'éviter des intoxications redoutables.

Si l'irritation légère, observée normalement au voisinage des taches traitées, ne présente pas de gravité, si l'acné cadique n'est pas une complication inquiétante, néanmoins il faut opérer avec prudence, par petites doses pour tâter la susceptibilité du patient.

L'huile de cade s'adresse surtout aux placards de grande étendue. Pratiquement inutilisable en bains suivant la méthode de Balzer, elle peut être incorporée, suivant la vieille formule de l'Hôpital Saint-Louis, au glycérolé d'amidon, avec une proportion variant de 15 à 50 %. On préfère comme excipient la vaseline, où elle est plus active, et surtout le cérat avec lequel on peut obtenir, sans ennui, l'activité maxima, qui permet une forte concentration.

C'est ainsi qu'on prescrit couramment :

Huile de cade 30 gr.

Cire blanche 10 gr.

L'huile de cade a une réelle efficacité et présente l'avantage d'être bien tolérée par les malades. Elle est malheureusement d'odeur désagréable et révélatrice.

L'adjonction de quelques gouttes d'essence de girofle atténue cet inconvénient. Les applications cadiques sont faites matin et soir. Chez certains malades on doit se contenter d'une seule application faite le soir. Le lendemain matin, le glycérolé cadique est enlevé par un savonnage à l'eau chaude et remplacé par un peu de cérat cadique,

L'acide chrysophanique, qui doit être réservé aux placards limités pour être utilisé en excipient gras. On préfère comme plus propre et plus actif une solution à 1/20 dans la traumaticine sous réserve, bien entendu, d'un avertissement au malade d'en cesser l'emploi dès l'apparition du halo rouge, qui, autour des plaques traitées indique le seuil de tolérance et constitue le signal d'alarme de l'érythème chrysophanique.

La chrysarobine est donc un réducteur plus puissant que l'huile de cade. Elle permet souvent de blanchir un psoriasis en deux ou trois semaines.

Malheureusement, elle est assez irritante pour la peau. Elle ne doit être utilisée que sur des surfaces de peu d'étendue et chez les malades dont on peut surveiller de près les réactions.

On la prescrit sous la forme de pommades. A la suite de son application, le pourtour des taches présente un érythème rouge violacé, très foncé, séparé des taches par un halo échomique. Il est classique d'en proscrire l'emploi sur le visage où elle peut provoquer une dermite artificielle avec conjonctivite et sur le cuir chevelu (elle teint les cheveux en violet). La médication par la chrysarobine doit être non seulement surveillée de près mais interrompue de temps en temps lorsque l'érythème s'exagère. On la remplace par de l'axonge ou par des pâtes adoucissantes et l'on reprend les applications actives après quelques jours de repos. Donc, en ce qui concerne le traitement externe par ces deux médicaments, la distinction établie entre le Psoriasis irrité et le Psoriasis non enflammé garde toute

sa rigueur. Dans le premier cas toute thérapeutique locale active doit être momentanément laissé de côté, les bains émollients, les onctions avec de l'axonge fraîche, avec de la vaseline, ou avec les diverses pâtes à l'eau seront seuls employés. On essaiera ensuite progressivement des préparations un peu plus actives en commençant par des préparations salicylées. Les préparations cadiques viendront ensuite.

Lorsque le Psoriasis n'est pas irrité on peut orienter cette thérapeutique suivant les possibilités variables d'une surveillance du malade.

Si l'on est obligé de laisser le psoriasique se traiter lui-même, on lui conseillera la prudence. Les préparations cadiques sont suffisamment actives et n'exposent qu'à de rares accidents. Si l'on a le malade sous la main, la chrysarobine permet souvent des cures plus rapides.

Pour éviter la cure de décapage préalable, et gagner du temps, MM. Dubreuilh et Pelges ont recommandé l'association d'acide chrysophanique, d'acide salicylique et de savon noir.

Leur formule : Acide salicylique à 2 gr.

— chrysophanique —

Savon noir à 20 gr.

Lanoline —

est excellente, mais son application demande à être surveillée de très près, en raison des phénomènes irritatifs qu'elle est susceptible de provoquer.

C'est également avec des pommades réductrices composées que M. A. Sézary a obtenu des résultats encourageants. D'après cet auteur, en conjuguant l'action

de divers réducteurs qu'on n'est pas obligé de recourir aux doses limites et on obtient des résultats rapides sans nuire au malade. Voici sa technique : après avoir décapé les lésions pendant 5 à 7 jours par des savonnages quotidiens, suivis de bains alcalins, et par l'application la nuit d'une pommade à l'acide salicylique à 5% il les fait frotter tous les soirs avec une pommade inspirée de celle de Brocq qui est la suivante :

Chrysarobine		5 gr.
Acide pyrogallique		2 gr.
Goudron des bois	<i>aa</i>	10 gr.
Ichtyol		
Acide salicylique	<i>aa</i>	1 gr.
Savon noir		
Lanoline		10 gr.
Vaseline		30 gr.

Il faut savoir et avertir les malades que cette préparation est noirâtre, qu'elle tache la peau en noir, qu'elle tache aussi le linge et qu'elle le détériore. La pommade ne sera appliquée ni sur le cuir chevelu, car elle colore aussi les cheveux, ni sur le visage ou les organes génitaux où elle provoque de l'œdème inflammatoire. Il faut aussi recommander aux patients de ne pas porter aux yeux les doigts enduits même d'une trace de pommade, car la chrysarobine et l'acide pyrogallique peuvent déterminer une conjonctivite interne. Elle est généralement bien tolérée. Si elle provoquait une irritation cutanée, ce qui est rare, on en suspendrait aussitôt l'emploi, on ordonnerait un bain d'amidon. Elle est cependant contre-indiquée dans les cas de psoriasis.

enflammé. De plus, pendant le traitement on surveillera l'état des urines. Les résultats thérapeutiques sont rapides. En quelques jours les taches de psoriasis pâlisent, tandis que tout autour d'elles la peau prend une teinte brune. Au bout d'une quinzaine de jours en moyenne, elles ont disparu, ou du moins leur place est indiquée par une *zone* de peau dont la coloration normale tranche sur la coloration brune environnante. La durée totale du traitement n'excède généralement pas trois semaines.

b) BAINS D'ÉMULSIONS MÉDICAMENTEUSES. — Dans sa thèse M. Henri Wilmet nous a exposé la méthode du Dr. Balzer dans le traitement du psoriasis, méthode reposant essentiellement sur les bains d'émulsions médicamenteuses. Cette médication subit les deux étapes schématiques suivantes :

1°) Emploi des bains d'émulsion d'huile de cade.

2°) Emploi des bains d'émulsions d'huile de cade auxquels on ajoute des proportions convenables d'acide chrysophanique, d'acide pyrogallique, etc...

1°) *Emploi des bains d'émulsions d'huile de cade.* Brocq dans son «*Traité pratique dermatologique*» (1904) insiste sur l'efficacité des bains et s'exprime ainsi : « Ils décapent les placards, décongestionnent et désinfectent la totalité des téguments, modèrent et régularisent l'action des pommades qui, toutes agissent par l'intermédiaire d'une certaine irritation ».

Il faut commencer prudemment avec des doses peu élevées de 50 gr. d'huile de cade par bain, puis suivant

la susceptibilité individuelle on élèvera la dose à 100 ou 120 gr. On donnera un bain tous les jours. La durée sera d'une demi-heure, puis augmentée jusqu'à une heure. On aura soin d'examiner fréquemment les urines et de surveiller leur coloration. Il faut noter comme une contre-indication à l'emploi de ces bains, leur emploi chez les enfants jeunes à cause des dangers d'intoxication.

Le traitement par ces bains a l'avantage de n'être pas irritant. On ne risque, en effet, lorsque les doses d'huile de cade ont été trop rapidement augmentées, qu'un peu de folliculite cadique à laquelle on remédiera facilement par les attouchements avec le bleu de méthylène dans l'alcool à 0,50%. Ce traitement est pratique et infiniment plus commode que le traitement par les pommades. Il faut tâter la susceptibilité du sujet et sa résistance au point de vue de la longueur du bain et de la dose d'huile de cade à employer. Si on dépasse 125 gr. on peut observer quelques symptômes d'intoxication. Ce sont des phénomènes d'ordre nerveux.

2°) *Bains cado-chrysophaniques.* — Le traitement préconisé par M. Balzer est le suivant : on donne d'abord pendant quelques jours des bains simples et entre ceux-ci on fait des applications de vaseline, on calme ainsi l'irritation de la peau et on la décape. C'est alors qu'on institue les bains cado-chrysophaniques.

On commence avec les doses suivantes : huile de cade 50 gr., acide chrysophanique 2 gr. par bain. Après quelques bains ainsi formulés on augmente les doses de la façon suivante : huile de cade 100 gr., acide chrysophanique 3 à 5 gr. Ces bains sont donnés chaque jour.

A la suite des bains, aucune application n'est faite, le soir, simple application de vaseline pour la nuit. Si au cours du traitement quelques folliculites cadiques se produisent on prescrit des attouchements au bleu de méthylène.

On constate chez tous les malades dès les premiers bains une amélioration qui se manifeste par une *desquamation* rapide des placards. Le *prurit* parfois intense, cède, lui aussi rapidement. La peau reprend en quelques jours sa souplesse. Dès les premiers bains, la couleur des placards pâlit. Certains de ces éléments évoluent plus rapidement que d'autres vers la guérison. C'est en général au bout de 20 à 30 bains que la guérison est obtenue. Les doses de l'émulsion cadique, en commençant par 50 grammes d'huile de cade, ne doivent jamais dépasser 150 grammes. On donne *de même* au début de 1 à 2 grammes de chrysarobine sans dépasser 5 grammes.

On peut également *essayer* le traitement par les bains cado-chrysophaniques avec celui d'applications de pommade à base d'acide chrysophanique. L'avantage de ce procédé est de calmer l'irritation de la peau causée par les bains chez certains malades.

D'après les conclusions du Dr. Wilmet, cette méthode par les bains d'émulsions médicamenteuses, est intéressante à deux points de vue :

1^o) c'est d'abord la facilité et la commodité de l'emploi des bains d'émulsions, traitement aisément applicable pour la clientèle de ville.

2^o) en second lieu on a démontré l'efficacité curatrice de la méthode. Cette méthode n'a pas la prétention

de guérir tous les psoriasis et on a publié les cas où elle fut mise en échec devant les éruptions particulièrement tenaces, d'ancienne date, lichenifiées chez des récidiviste de psoriasis invétérés et sur lesquels d'ailleurs d'autres traitements employés sont restés sans résultats.

Chez quelques malades on a pu aussi constater, au cours du traitement des éruptions successives de poussées récidivantes à côté des anciennes, les bains, ont alors moins d'action sur les lésions chroniques, mais il faut cependant persévérer dans leur emploi.

c) CORPS COLORANTS ET EOSINE. — A l'occasion des recherches sur le pouvoir d'absorption des lésions de psoriasis vis-à-vis des colorants, MM. Gougerot et Degos ont constaté l'influence heureuse, sur l'évolution locale du psoriasis de la solution alcoolique de cristal violet et vert lumière à 50% dans l'alcool à 90% (Milian) et des autres colorants : fuchsine, gonacrine, bleu de méthylène, surtout de l'éosine. Dans une communication à la Société de Dermatologie du 12 mars 1936 MM. Gougerot et Degos ont relaté les résultats favorables obtenus par des badigeonnages de solutions de colorants sur l'évolution locale du psoriasis. Les lésions de psoriasis ont été largement badigeonnées, les unes après décapage à la vaseline salicylée, les autres sans décapage préalable. Cinq malades en pleine poussée de psoriasis étendu sur tout le corps ont été ainsi traités, un malade était à sa première poussée, quatre étaient atteints de psoriasis depuis plusieurs années, évoluant par poussées de 2 à 3 mois et traités au cours des poussées antérieures par

des réducteurs variés, il nous a donc été possible de comparer l'action de ceux-ci et de la solution alcoolique colorée. Sur les lésions non décapées les squames, imprégnées de la solution alcoolique se détachent, les unes rapidement et spontanément en se recroquevillant, les autres après 2 à 3 jours par friction.

Sur les lésions décapées préalablement, l'action de la violette ou éosine est plus rapide. En 2 ou 3 jours le placard de psoriasis complètement nettoyé, commence à s'éteindre, la peau devient souple et lisse, conservant sa teinte rose malgré le badigeonnage en violet ou éosine, du fait de l'absorption rapide du colorant par la lésion en activité. Le « blanchiment » du psoriasis nous a paru plus rapide par ce procédé que par les applications de produits cadiques, huile de cade, glycérolés cadiques. Les quatre malades déjà traités par l'huile de cade, lors des poussées antérieures ont été plus rapidement blanchis. Nous sommes loin de conclure à une guérison du psoriasis par la solution alcoolique colorée, mais il nous paraît intéressant de substituer un traitement local inodrant et inoffensif aux applications cadiques malodorantes ou aux applications chrysophaniques souvent irritantes.

Dans une communication à la Société de Dermatologie du 10 décembre 1936, MM. Gougerot et Degos ont relaté les résultats favorables obtenus par des préparations à base d'éosine surtout. On utilise les préparations suivantes : des solutions hydriques d'éosine à 2%, 5% et 10% ; des solutions alcooliques d'éosine à 1% et 2% et des cold creames à 20% d'éosine. Deux techniques

sont à retenir : 1°) Badigeonnage avec la solution alcoolique d'éosine à 2% tous les deux jours. Les jours intercalaires, onctions avec un corps gras, vaseline ou cold cream. 2°) Applications quotidiennes de vaseline ou de cold cream à 2% d'éosine. Durant ce traitement le psoriasique prend si possible pour décaper des bains de carbonate de soude (125 gr. pour un bain) 2 à 3 fois par semaine entre les applications d'éosine. Les résultats sont très encourageants : les préparations à base d'éosine décaperont très rapidement les lésions. Ce décapage est bien visible avec des solutions alcooliques : le lendemain du badigeonnage, les squames se détachent abondamment, et les couches squameuses sont enlevées par le corps gras. Avec la vaseline ou le cold cream à l'éosine, le décapage est souvent plus rapide mais moins apparent tout d'abord. Décapés en 3 à 6 jours les placards de psoriasis regressent rapidement, lorsqu'on poursuit le traitement à l'éosine. En 10 à 15 jours des lésions très étendues et anciennes peuvent être complètement blanchies. La comparaison des résultats obtenus par les applications d'éosine avec ceux obtenus par les réducteurs habituellement utilisés dans le psoriasis — acide salicylique, huile de cade, chrysarobine — et a l'avantage de l'éosine. L'éosine a paru dans la plupart des cas d'une efficacité supérieure aux préparations salicylées et cadiques. Des malades, traités lors des poussées antérieures par des bains ou des onctions cadiques ont été, à poussée d'intensité égale plus rapidement blanchis par l'éosine. L'éosine a une efficacité au moins équivalente dans la plupart des cas, à l'acide chrysophanique,

sans en avoir les inconvénients d'intolérance locale. Dans un seul cas, nous avons assisté à l'éclosion de folliculites suppurées sur des zones imprégnées d'une solution alcoolique d'éosine, mais ce même malade avait eu des poussées semblables de folliculites après des applications cadiques et l'éruption avait été étiquetée « acné cadique », ces folliculites coïncident, régulièrement avec la guérison des placards de psoriasis. L'éosine a l'avantage d'être inodore et de ne tacher le linge qu'en rose, facile à enlever au lavage. Les applications d'éosine doivent être poursuivies alors que les lésions complètement décapées semblent guéries. Il faut s'assurer en particulier, par le grattage méthodique, qu'il ne persiste plus aucune zone en activité. En conclusion, MM. Gougerot et Degos croient que ce traitement local doit être associé si possible au régime alimentaire sans aucun corps gras, qui doit être rigoureusement appliqué pendant plusieurs mois.

Dans le service du Dr. Weissenbach-Lévy-Frankel on emploie la pommade d'éosine dont voici la formule:

Eosine pure		2 gr.
Oxyde de zinc	<i>aa</i>	8 gr.
Lanoline		
Vaseline		12 gr.

II. — TRAITEMENT INTERNE.

Partant de l'idée que cette dermatose pouvait être, non pas une affection purement cutanée, mais une manifestation externe d'un état pathologique, généralisé, on a été ramené à chercher dans les médications internes un traitement curateur du Psoriasis.

Les hypothèses étiologiques ayant été multiples, les médications essayées ont été obligatoirement nombreuses et variées. Ces traitements internes de psoriasis ont ceci de particulier qu'ils réussissent chez un certain nombre de malades et échouent totalement chez d'autres, dont la lésion cutanée est exactement semblable par son siège, son aspect, son âge et sa modalité. Nous allons passer en revue rapidement les diverses médications internes pour terminer par les différents régimes qu'on utilise dans le traitement du Psoriasis.

a) LE SALICYLATE DE SOUDE a connu à un moment donné une grande vogue, surtout à l'étranger.

Sachs à Vienne et Smith en Angleterre qui ont surtout préconisé cette méthode.

Sachs dans la « Wiener Klinische Wochenschrift » (21 avril 1921) rapporte les résultats de son traitement.

L'auteur pratique des injections intraveineuses d'une solution de salicylate de soude à 20% à raison de trois injections par semaine, aux doses croissantes de 10cc., 15 cc., et 20 cc. La cure totale demande 21 à 38 grammes de salicylate de soude dans la moyenne des cas. L'auteur signale des accidents de thrombose veineuse et c'est probablement pour cette raison que la méthode est de moins en moins employée actuellement.

b) LE SOUFRE a été préconisé dans le traitement du Psoriasis par MM. Gougerot, Bory, Brisson et Pautrier à partir de 1917. A cette époque M. Gougerot essaie la médication soufrée per os et expérimente également dans son centre médical militaire les injections d'huile soufrée. La meilleure formule est celle de Bory, modifiée par Duret et Gougerot : soufre dissout simplement à 100%, donc non combiné à l'huile (coloration jaune citron) ; elle a l'inconvénient d'être souvent douloureuse et de provoquer une réaction fébrile. Fait paradoxal, ces injections réussissent surtout dans les psoriasis graves confluents et échouent dans les psoriasis discrets. La formule est la suivante :

Soufre précipité lavé	0 gr. 50
Gaïacol cristallisé	10 gr.
Camphre raffiné	20 gr.
Eucalyptol	20 gr.
Cocaïne (base)	1 gr.

Huile de sésame purifiée est stérilisée q.s.p. 100 cc.
On injecte l'huile soufrée dans les muscles fessiers : 2 cc., puis 3, 4, 5 et même 10 cc. tous les 3 à 5 jours,

si la réaction fébrile est légère, tous les 7 jours si la réaction est vive. On fait ainsi 8 à 15 injections. On a souvent des guérisons rapides dans les psoriasis graves, on a vu ainsi guérir quatre psoriasis très graves qui se confondaient avec la dermatite exfoliatrice. M. Szkolnik, dans sa thèse rapporte des observations des malades traitées par cette médication.

c) LE CHLORHYDRATE D'ÉMÉTINE ET D'ANTIMOINE ont donné de résultats intéressants mais inconstants et les injections sont souvent douloureuses.

d) LE BLEU DE MÉTYLÈNE. — M. Gougerot, dans une communication faite à la Société de Dermatologie et Syphiligraphie (14 mars 1935) a relaté les résultats obtenus par des injections intraveineuses de bleu de méthylène chez 9 psoriatiques. Les malades ont reçu 20 injections à la dose de 5 puis de 10 cc., trois fois par semaine. La solution du colorant employé était celle qu'a indiqué Mantel dans le traitement de la lèpre, à 20% dans l'eau distillée. Aucun accident n'a été observé, il est vrai que systématiquement les essais n'ont pas été tentés chez des sujets âgés, fatigués ou fragiles de reins. De ces neuf malades ainsi traités, trois ont été des échecs complets, les six autres ont été nettement améliorés.

e) SÉRUM BICARBONATÉ. — On a essayé chez certains psoriatiques des injections intraveineuses de sérum bicarbonaté, mais les résultats ont été inconstants,

f) SELS DE MANGANÈSE. — MM. G. Margarot et P. Rimbaud (Progrès Médical, 4 avril 1936) attirent l'attention sur les effets favorables que donne le manganèse dans le traitement du psoriasis. Si son action est comparable à celle des autres médicaments employés pour les lésions cutanées elle est particulièrement efficace contre les arthropathies à en juger par les deux observations rapportées. Chez un malade présentant une arthropathie psoriasique des deux genoux, à type tabétiforme, résistant au traitement salicylé, une amélioration rapide a été obtenue par deux injections de manganèse en suspension colloïdale.

g) OPOTHÉRAPIE. — On a beaucoup discuté sur l'origine endocrinienne et les traitements opothérapiques du psoriasis. Certains auteurs ont noté que les épisodes de la vie génitale chez la femme avaient une influence sur l'apparition ou l'évolution du psoriasis : la puberté, la castration, la grossesse, l'accouchement, la ménopause jouent parfois un rôle indéniable. Il est cependant des cas de psoriasis chez la femme qui en sont totalement indépendants, et sans souscrire à l'opinion inverse et absolue de Hebra, on doit reconnaître que nombreuses sont les observations où le rôle des ovaires n'est nullement démontré. D'autre part, le psoriasis n'est pas plus fréquent chez la femme que chez l'homme dont les troubles génitaux ont été exceptionnellement incriminés. Retenons cependant les cas fort curieux où la dermatose apparaît au cours de la grossesse (Foggie, Carillon) et ceux où elle disparaît pendant la gestation

pour récidiver après l'accouchement (Pétrini, Spillmann, Parisot et Simonin). Plusieurs auteurs ont obtenu de bons résultats avec les extraits thyroïdiens (Meneau, Busch, Zaburier, Brocq, Harrover, Hobson). D'autres résultats favorables ont été obtenus avec les extraits ovariens (Verroli), parathyroïdiens (Wilson, Hendric,, hypophysaires (Carillon), orchitiques associés (Camra Cornil), thymiques (Carillon). Les extraits surréniaux n'ont pas été un traitement efficace : les signes véritables d'insuffisance surrénale ne sont pas trouvés chez les psoriasiques dans l'immense majorité des cas. La cure du psoriasis par l'insuline est regardée suivant les auteurs comme une opothérapie, ou comme une médication interne désignée contre un trouble dyscrasique. Les résultats sont médiocres. L'insuline donne des blanchissements inconstants, certains malades ont des récives, d'autres ne sont pas influencés. La technique et les précautions sont les mêmes que chez les diabétiques : injections intramusculaires ou sous-cutanées de 15 à 30 unités cliniques tous les jours 15 minutes avant les deux repas pendant deux mois, arrêter un mois et recommencer si besoin est. En général les médications opothérapiques ont une action inconstante et lorsqu'elle se produit elle est peu durable. Elles n'empêchent pas toujours une nouvelle poussée de se produire et leur efficacité indiscutable pendant un temps, peut disparaître à la longue.

h) LE RÉGIME ALIMENTAIRE. L'étiologie du psoriasis

étant inconnue, certains dermatologistes ont essayé de traiter le psoriasis par un régime alimentaire.

1) *Régime hypoazoté.* — L'alimentation trop exclusivement carnée avait été accusée au siècle dernier, aux Etats-Unis (Bucley) d'être une cause efficiente du psoriasis. Cette opinion a également retenu l'attention de E. Besnier. Depuis de nombreuses années déjà Schamberg (*The Journal of the American Medical As.* 1932) insiste sur l'utilité du régime hypoazoté dans le psoriasis. Le trouble du métabolisme azoté n'est peut-être pas la cause du psoriasis, mais il l'accompagne constamment.

Il faut supprimer la viande, le poisson, les œufs et faire maigrir les obèses. Schamberg a constaté depuis des années qu'un régime ainsi compris suffisait à lui seul à décaper presque entièrement les psoriasis les plus invétérés ; il suffit ensuite de faire appliquer l'une des préparations classiques pour obtenir la guérison.

2. *Le régime hypochloruré.* — MM. Levin et Silvers ont constaté (*Medical Journal and Record* 1931) que la sueur des individus atteints de psoriasis contient un taux de chlorure de sodium plus élevé que celui des sujets normaux ou atteints d'autres dermatoses, le taux des chlorures du sang se maintient dans les limites normales. Ces auteurs ont tenté de soumettre leurs psoriasiques au régime hypochloruré, presque exclusivement composé de légumes et de fruits. Localement ils prescrivaient des bains émollients pour débarrasser la peau des chlorures éliminés et du cold-cream. Les résultats furent encourageants sur les trois premiers ma-

lades, l'un complètement blanchi n'a pas présenté de récurrence depuis sept mois.

3. *Régime sans graisse.* — Parmi les multiples théories qui ont été imaginées pour expliquer la pathogénie si obscure du psoriasis, il en est une qui dans ces dernières années a été accueillie avec une faveur particulière, d'après laquelle c'est dans un trouble de la nutrition générale qu'il conviendrait de rechercher la cause de cette dermatose. En particulier Grütz et Burger se sont orientés dans cette voie vers l'étude du métabolisme des lipoïdes, s'inspirant du fait bien connu que les squames du psoriasis contiennent une forte proportion de cholestérine et de lipoïdes.

Grütz a donc soumis au régime pauvre en graisse les psoriasiques. D'après lui cet essai thérapeutique est aussi logique dans le psoriasis que le régime pauvre en hydrates de carbone dans le diabète sucré. Avec son régime, Grütz ne prétend pas guérir le psoriasis. Il cherche surtout l'amélioration sinon la disparition de l'éruption en diminuant les graisses, de même qu'en réduisant l'apport des hydrates de carbone on diminue l'hyperglycémie et la glycosurie sans pour cela guérir le diabète. Les dernières expériences portant sur 80 psoriasiques donnèrent des résultats satisfaisants.

Le psoriasis rétrocedait et la peau des malades devenait de nouveau lisse, uniquement grâce au régime, sans qu'il y ait eu besoin d'un traitement externe.

Les conditions nécessaires pour réussir sont :

1° L'observation stricte du régime.

2° La prolongation pendant des semaines et souvent des mois.

3° Enfin une ration alimentaire ne contenant pas plus de 50 gr. de graisses pour un adulte, et pas plus de 10 gr. pour un enfant (y compris déjà les graisses nécessaires pour la préparation des aliments). Il ne saurait être question de supprimer totalement les corps gras, puisque tous nos aliments en contiennent une petite quantité si minime soit-elle.

Voici la base d'un régime pauvre en graisse tel qu'il a été employé par Grütz :

Supprimer : Toutes les soupes grasses. Les viandes grasses (viande de porc, de moutons).

Les volailles grasses (canard, oie). Les poissons gras (anguille, hareng, carpe).

Le jaune d'œuf.

Les fromages et le lait, sauf le lait écrémé. Toutes les matières grasses (saindoux, margarine, crème fraîche, beurre, etc.). Les champignons, le chocolat, les noix, les noisettes.

Sont permis : Des petits potages auxquels on aura enlevé la graisse après refroidissement.

La viande de bœuf maigre, la viande de veau, le lapin, le lièvre.

Le jambon maigre, les volailles maigres (poulets, pigeons, etc.).

Les poissons maigres, les sucres, miel et tous les jus de fruits.

Tous les fruits et confitures.

Les pommes de terre, la farine de riz, de semoule,

les pâtes alimentaires. Le pain. Tous les légumes, mais préparés sans matières grasses.

Les biscuits, tartes.

Sur cette base, il est facile de constituer un menu assez riche et assez varié pour le rendre supportable au malade. Les malades se comportent assez difficilement vis-à-vis de la diminution des graisses qui jouent un rôle assez important dans nos climats.

Chez les sujets normalement constitués, non obèses le poids du corps ne baisse généralement que très peu. Par contre, chez les obèses la perte de poids peut atteindre 5 à 10 kgs, mais cet amaigrissement est favorable à la disparition du psoriasis. Enfin il existe des observations rapportées par Grütz de malades plutôt maigres ayant pris un et deux kilos malgré le régime.

On signale aussi que des différences individuelles ont été notées en ce qui concerne la quantité maxima de graisse tolérée. En effet, à côté des malades guérissant avec un régime très large, il en existe qui exigent un régime sans graisse sévère. M. Kokkinopoulos a cité dans sa thèse (Traitement du Psoriasis par le régime sans graisse, 1935) 15 psoriatiques qui ont été soumis au régime sans graisse dans le service du professeur Gougerot. 8 parmi eux ont suivi le régime à peu près correctement. Après trois semaines de traitement les lésions ne sont plus du tout squameuses et quinze jours plus tard la guérison était complète. Les 7 autres malades ont été bien moins fidèles aux prescriptions. Outre qu'ils suivirent le régime d'une manière irrégulière, ils consommaient toujours une certaine

quantité de graisse. Donc chez ces derniers malades on n'a pu jamais constater une amélioration.

La question du régime a soulevé de nombreuses discussions et les opinions restent partagées. Sabouraud nie l'efficacité du régime dans le psoriasis. D'après le professeur Gougerot le régime sans graisse donne d'heureux résultats.

Nous pouvons donc, d'après ce qui précède, conclure que le traitement interne n'a pas l'efficacité plus constante du traitement local. Mais ceci n'est pas une raison pour perdre le bénéfice du traitement interne. Ainsi on a pu, très avantageusement associer les deux modes de traitement. En outre les psoriasiques, qui peuvent présenter d'autres troubles, bénéficient d'un traitement général approprié. Le professeur Gougerot insiste sur ce point et recommande de traiter les troubles gastro-intestinaux, les dysfonctions glandulaires et surtout les tendances arthritiques et gouteuses des psoriasiques.

III. — TRAITEMENT GENERAL.

a) ARSÉNICAUX. — Le traitement du psoriasis par l'arsenic n'est pas nouveau. Dans la *Gazette de Médecine* de 1857, Duchesne-Duparc rapporte des succès obtenus avec l'arséniate de fer à des doses quotidiennes atteignant 15 centigrammes. En 1877 Lailler traite ses psoriasiques par la médication arsenicale et en Angleterre, à la même époque, Sheptar se montre le partisan convaincu du traitement du psoriasis par l'acide arsénieux : cet auteur cite notamment 5 cas de psoriasis anciens, généralisés et particulièrement rebelles, traités avec succès par l'acide arsénieux à très fortes doses. A la fin du siècle dernier, Danlos emploie le cacodylate au voisinage de la dose toxique individuelle. Lanzi relate en 1919 d'intéressantes observations de psoriasis traités par l'atoxyl en injections sous-cutanées allant de 20 à 40 centigrammes pendant vingt jours consécutifs. Malgré ses indéniables succès, la méthode préconisée par Lanzi fut rapidement abandonnée à cause de ses dangers : en effet l'atoxyl fait courir aux malades le redoutable risque d'une amaurose définitive. De nombreux dermatologistes ont employé le 606 et le 914 pour traiter le psoriasis. A côté de succès

magnifiques, on a enregistré un nombre considérable d'échecs, et des cas, très rares, il est vrai, où une érythrodermie arsenicale vient aggraver le Psoriasis. L'acetylarsan a donné également de beaux succès. Benech, à la réunion dermatologique de Nancy, du 26 janvier 1927, a rapporté les observations de trois psoriasiques traités par l'arsylène avec des résultats particulièrement heureux, chez ces malades Benech avait employé la solution d'arsylène à 4% en injections de 5 cc. On a également traité des psoriasiques par le Sulfarsénol, mais comme les autres produits arsenicaux, il a subi à côté de brillants succès, des échecs complets. On s'adressa également dans le traitement par les arsenicaux aux préparations mixtes ; c'est ainsi que Sabouraud (1912) a eu l'idée d'associer le mercure à l'arsenic. Le composé employé est connu sous le nom d'Enesol. Il contient 14% d'arsenic et 40% de mercure. Sur les douze premières malades traitées par l'Enesol, M. Sabouraud obtient neuf succès. En somme ce produit n'a pas plus que le novarsenobenzol, le sulfarsénol ou l'acetylarsan le privilège de constances dans ses effets.

En 1927, MM. Debusquet, Jausion et Pecker ont montré les bons effets d'un mélange bismutho-arsenopyridinique dans le psoriasis (Psothanol).

Le Psothanol améliore et blanchit souvent les poussées de psoriasis ; il est particulièrement indiqué dans le psoriasis arthropathique. Les lésions récentes guérissent habituellement, mais non toujours plus rapidement que les anciennes. Plus la lésion est épaisse, squameuse, plus l'action du médicament est lente. D'une

façon générale, l'amélioration est notée par le malade de la cinquième à la dixième injection, parfois plus tardivement. Dans les cas favorables, la rougeur diminue, les squames s'effritent et tombent, surtout au centre de la plaque, il ne reste plus qu'une bordure périphérique squameuse qui tombe à son tour.

Le prurit, quand il existe, disparaît dès les premières injections. La lésion est complètement blanchie de la treizième à la vingtième injection.

Parfois au bout de vingt piqûres il persiste encore une collerette squameuse à la périphérie des plaques, le centre était affaissé et brunâtre. Ce traitement par le Psiothanol est habituellement bien toléré par les malades. Cependant on peut observer au cours des premières injections une légère céphalée, des nausées, plus rarement une légère courbature avec malaise général et très fréquemment de l'algie maxillaire. Elle constitue à vrai dire, un léger degré de stomatite. Une conclusion s'impose, concernant les arsenicaux en général : Quelle que soit la forme sous laquelle il ait été utilisé, l'arsenic a donné de bons résultats dans certains cas de psoriasis et a échoué dans de nombreux autres cas.

b) RADIOTHÉRAPIE. — La roëntgentherapie a été employée contre le psoriasis soit en applications directes sur les plaques de psoriasis, soit en applications indirectes agissant sur diverses glandes à sécrétion interne. La radiothérapie directe du psoriasis déjà signalée en 1898 par Darier est cependant très peu employée actuellement malgré ses résultats remarquables.

On peut, en effet, à coups sûr faire disparaître en quelques jours une plaque de psoriasis par une seule application de rayons X à dose non érythémateuse. Une raison qui fait obstacle il est vrai à l'emploi plus fréquent de la radiothérapie réside dans l'étendue et la diffusion habituelles des lésions psoriasiques. Chez beaucoup de malades c'est la presque totalité du corps qu'il faudrait irradier, d'où résultent certaines difficultés pratiques en raison du grand nombre de séances nécessaires, et d'autre part, l'inconvénient de faire absorber à l'organisme une dose de rayonnement assez considérable. Mais ces obstacles peuvent en réalité être tournés grâce à la technique moderne des grandes distances focales permettant de larges champs d'irradiation et à l'emploi d'un rayonnement peu pénétrant. Le véritable argument qui milite contre l'emploi des rayons X c'est que, pas plus que les autres traitements locaux, ils ne mettent pas à l'abri de la récurrence dans une maladie qui est essentiellement récidivante. Les indications de la radiothérapie dans le psoriasis sont donc fixées par l'étendue et surtout par l'évolution des lésions. Contre-indiqué dans le psoriasis étendu à poussées évolutives rapprochées, la répétition trop fréquente des irradiations sur une même région exposant à des lésions cutanées, elle trouve au contraire un emploi intéressant dans des psoriasis à localisations limitées et à poussées espacées.

Pour Brocq, elle doit être réservée aux placards anciens, très liquéfiés, qui peuvent disparaître après quelques séances, mais il serait dangereux de répéter

de nouvelles applications sur les récédives qui surviennent ultérieurement. Afin d'éviter le danger toujours possible, des radiodermites, Bucky a conseillé l'emploi des rayons X à longues ondes, dites « limites ». Les effets nuisibles ne sauraient, en effet, être que très superficiels, puisque l'absorption de ces rayons ne dépasse pas l'épaisseur de l'épiderme et qu'il n'y a pas d'action sur les organes internes ni de mise en circulation de substances toxiques. Une seule application de 3 H. 1/2 à 4 H. (280 à 320 v.) d'un rayonnement superficiel non filtré ou filtré avec 5/10 de millimètre d'aluminium suffit à blanchir une plaque de psoriasis.

La radiothérapie indirecte du psoriasis a été tentée au moyen d'irradiations du thymus (Walter, Brocq, Guarini) et du thymus, des surrénales, du corps thyroïde par MM. Levy-Frankel en collaboration avec MM. Cottenot et Jean. En 1923 ces auteurs ont publié leurs recherches sur le psoriasis et leurs résultats obtenus par le traitement endocrinien et l'irradiation des glandes vasculaires. L'irradiation couplée sur les différentes glandes donnent des résultats digne d'intérêt. D'après une statistique de MM. Lévy-Frankel et Juster il y aurait 78,6% de résultats favorables.

Des travaux de ces auteurs il résulte que les succès sont d'autant plus nombreux que le nombre des glandes irradiées est plus grand. Comme chaque traitement cette méthode a également des inconvénients. Les inconvénients résident surtout dans la longueur du traitement (une irradiation par mois, durée du traitement 4-6 mois),

On remarque également au cours du traitement la pigmentation qui est due à la sensibilité de la peau du sujet. Quand on constate la pigmentation environ trois semaines après la séance, on suspend le traitement. On fait une irradiation le mois suivant, de manière à laisser un intervalle de deux mois entre les deux séances. Voilà en somme les conclusions que nous expose M. Duprez dans sa thèse (1925) sur le traitement du psoriasis par les irradiations des glandes à sécrétion interne :

1) Le psoriasis disparaît sous l'influence du traitement radiothérapique d'autant plus rapidement qu'il est plus récent et que le sujet est plus jeune. 2) Les irradiations couplées (thymus-surrénales-thyroïde, surrénales-thyroïde-thymus) donnent de meilleurs résultats que les irradiations faites sur une seule région glandulaire (thymus, thyroïde, surrénales). Les irradiations sur les trois glandes (thymus, thyroïde, surrénales) déterminent des résultats plus rapides que ceux observés à la suite des irradiations couplées. 3) La disparition du psoriasis se fait en général toujours de la même façon et selon l'ordre suivant : cuir chevelu, face, tronc, membres inférieurs. 4) La disparition des éléments s'effectue généralement toujours suivant le même processus. La plaque commence à s'affaïsser en même temps que la peau et devient moins infiltré. Le centre de la plaque pâlit, la plaque se fragmente en petits éléments « guttata ». Les éléments disparaissent et font place à une pigmentation de la peau qui disparaît peu à peu.

5) Par l'application de ce traitement radiothérapique, les récidives paraissent se faire moins fréquemment. En général les résultats sont très inconstants et il s'agit dans les cas heureux d'améliorations plus souvent que de guérisons. Cependant cette méthode a produit des guérisons, elle mérite donc d'être retenue, surtout si l'examen du malade oriente vers l'hypothèse d'un déséquilibre endocrinien. Les irradiations glandulaires sont pratiquées avec un rayonnement moyennement pénétrant filtré sur 0,5 millimètres de zinc à la dose de 500 à 1000 r.

c) SELS D'OR. — Pensant que l'infection tuberculeuse pouvait jouer un rôle dans la production du psoriasis, quelques auteurs ont essayé les sels d'or.

En Allemagne ce furent Schwartz (1926), Gent (1926), Kloeppel, Huffschnitt, Ritter et Kurt (1928). En Angleterre ce fut Toomey (1927), Decking. En France cette méthode a été essayée par Burnier et Lotte, Nicolas, Mollard, Lebeuf, Clément, Simon, Pautrier et d'autres. Les auteurs étrangers ont beaucoup employé les injections d'or colloïdal — le triphal — avec des résultats variables. Huffschnitt a traité 12 malades et a obtenu 3 améliorations après 13 et 15 injections, 7 succès complets avec 15 injections et 2 échecs complets. On a observé que dans les cas qui sont favorablement influencés par le traitement, la modification de l'élément cutané commence à se manifester dès la quatrième ou cinquième piqûre. L'auteur insiste sur les incidents fréquents dans l'emploi des sels d'or : chocs, température,

érythrodermie, albuminurie et diarrhées. Il remarque que les sels d'or sont facilement toxiques et qu'on ne saurait les classer parmi les traitements usuels du psoriasis. Les auteurs français ont employé surtout le thiosulfate double d'or et de sodium : la crysalbine. Burnier et Lotte ont traité 10 malades par les injections intraveineuses de ces sels d'or, à raison de 2 injections de 25 centigr. par semaine. Ils ont obtenu, sur les dix cas, 3 blanchissements et 7 échecs. De même Nicolas, Mollard et Lebeuf rapportent à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie (séance du 28 mai 1931) les résultats de leur traitement par la crisalbine. Sur vingt malades traités : 7 ont été blanchis complètement, 5 incomplètement et 8 n'ont présenté aucune amélioration. Tous les malades avaient reçu en moyenne de 15 à 20 injections. Les auteurs signalent également des réactions après les injections : ictères bénins, albuminurie, érythèmes, urticaires et stomatites.

Actuellement les sels d'or ont été presque complètement abandonnés dans le traitement du psoriasis. Ils sont trop dangereux et trop peu efficaces. Voilà en conclusion les remarques suivantes prononcées par M. Eichhorn de Metz à propos d'un cas de mort par érythrodermie et œdème pulmonaire aigu : « Un fait reste troublant : c'est qu'un malade qui n'était incommodé qu'au point de vue esthétique par son psoriasis suit un traitement soi-disant inoffensif aux sels d'or ; quinze jours après il est enterré.... ».

d) ÉLECTROCOAGULATION. — On a essayé également

de traiter le psoriasis par l'électrocoagulation. La constatation de certains faits, comme par exemple la destruction de certaines lésions cutanées par l'électrolyse, soit par la neige carbonique, soit par l'électrocoagulation, soit peut-être par d'autres procédés et ensuite la disparition de lésions semblables sans exercer sur ces dernières la moindre action, a incité M. Paul Ravaut à traiter les psoriasiques par cette même méthode. Dans une communication faite à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie le 12 mars 1927, M. Paul Ravaut a exposé les résultats obtenus chez deux malades atteints de psoriasis par l'électrocoagulation. Dans les deux cas, un psoriasis ancien, banal, très étendu, ayant résisté dans les premiers cas à de multiples traitements, vierge de toute thérapeutique, dans le second cas, disparaît en quelques semaines à la suite de quelques séances d'électro-coagulation, pratiquées en divers points. Dans ces deux cas on attribue sa disparition à l'influence de la destruction ou de la modification des tissus sous l'influence des courants de haute fréquence. Ces résultats ne semblent pas devoir être constants, car M. Ravaut n'a obtenu chez un troisième malade aucune modification. Dans cette communication il a voulu surtout montrer que dans bon nombre d'affection s'accompagnant de manifestations cutanées il est possible d'obtenir par l'électrocoagulation de quelques-uns des éléments non seulement une action à distance sur les autres lésions cutanées, mais encore une action générale.

c) INJECTION D'EXTRAITS DE SQUAMES. — Après Sellei

(1913) Ivannovitch, Toma, Comel, Desaux et Pretet (1931-1934) partant de l'hypothèse de l'existence d'un ultra-virus dans l'épiderme des psoriasiques, recueillent les squames et la pellicule décollable sur des éléments jeunes ou en bordure de plaques en voie d'extension ; après dessiccation à l'étuve à 37°, pendant vingt-quatre heures, trituration pendant trois heures avec NaCl, addition de 6 cc. de glycérine à 50% pour 60 egr., ils laissent macérer pendant quatre jours ; puis ils additionnent d'eau distillée pour obtenir une solution dont le pH est de 7,2, filtrent sur papier, puis sur bougie Chamberland L3. Le résultat de ces préparations est un extrait amicrobien, déprotéiné, que les auteurs emploient en injections dermo-épidermiques ; ils obtiennent, surtout dans les éruptions de date récente et dans les formes en gouttes, 50% de résultats favorables, c'est-à-dire de blanchiments ; mais parfois, au prix de réactions locales, aboutissant onze jours après l'injection, à l'éclosion de gouttes typiques de psoriasis, à distance de la piqûre et souvent autour des poils, et à l'exagération ou à la provocation du prurit.

Cette technique, si les auteurs parviennent à la perfectionner, est peut-être un procédé d'avenir.

f) LES CLASINES DE JAUSION. — Depuis 1928, Jausion et ses collaborateurs ont, au cours d'une série de recherches fort intéressantes cherché à démontrer que le psoriasis « ne pouvait être qu'une parakératose plus tenace que les autres, pouvant procéder, par voie d'allergie, d'un nid primitif de micro-organismes et d'une

imprégnation toxinique initiale ». Autrement dit, cette dermatose ne serait que la réaction seconde d'une localisation primitive qui serait parfois microbienne, le plus souvent mycosique ; les auteurs ont retrouvé fréquemment chez les psoriasiques, diverses épidermo-mycoses (37 fois sur 54) : sur 138 malades, 11 réagissent aux mycotoxines :

Mycosiques	81,5%
Epidermotophytiques	18,4%
Microsporiques	18,4%
Trichophytiques	5,4%
Streptococciques	4,3%
Corynebactériennes	3,2%

En résumé, chez les sujets évidemment prédisposés, c'est-à-dire atteints de la diathèse parakérarotique, ou faculté de répondre à toute irritation cutanée par de la parakératose, une banale lésion des plis, telle que l'intertrigo, serait suivie d'épisodes secondaires, stériles, qui serait du psoriasis.

Jausion a utilisé d'abord des clasines, « lysats sulfuriques de champignons et de microbes » puis des diastoclasines « issues de la digestion diastasique, papaïnique, de germes ou de champignons » ; ces extraits, désalbuminés, ne donnent que peu de fièvre ou de choc ; les injections se font par voie intra-fessière ; il a traité (1935) 138 psoriasiques, et a obtenu 11 améliorations, 127 blanchiments complets, sur les quels 108 ont récidivé, de une à neuf fois.

Les 18 malades qui n'ont pas récidivé n'ont été suivis que pendant une période de sept mois au plus.

Les résultats obtenus par d'autres auteurs ne sont pas aussi encourageants : Hissard (de Caen), opérant avec des clasines n'a enregistré qu'un succès sur dix cas traités. MM. Lévy-Frankel et Weissenbach ont également utilisé les clasines chez un psoriasique atteint en même temps de mycose unguéale ; chez ce sujet, qui avait répondu positivement aux intra-dermo-réactions, ces auteurs n'ont pas obtenu aucune amélioration du psoriasis, malgré un traitement de trois mois, alors que l'onchy-mycose était favorablement influencée. Par contre, chez une femme atteinte d'un psoriasis circiné, localisé à l'avant-bras, non modifié par d'autres traitements, une seule injection de clasine amena, après une poussée pustuleuse sur les placards, le pâlissement et l'affaiblissement des éléments.

g) LES INJECTIONS DE LAIT. — Tzanck, ayant fait observer à juste titre, croyons-nous, que ces procédés étaient inconstants, variables et individuels et ne pouvaient être considérés comme spécifiques, s'est adressé volontairement à un type de médication rigoureusement aspécifique : avec Cord, il a traité 5 psoriasiques par des injections intra-musculaires de lait de 1 à 3 cc. ; 4 ont été presque complètement blanchis, 2 ont eu des réactions fébriles. Tzanck en conclut que les différentes méthodes employées, extraits de squames, clasines mycosiques et sérums, agissant en suscitant des moyens de défense personnels de l'individu, pouvant être provoqués par des méthodes les plus diverses ; il s'agit des méthodes déclanchant un ensemble de processus spon-

tanés non spécifiques, auquel Tzanck a donné le nom de biophylaxie.

h) INJECTIONS DE SÉRUM ANTIDIPTÉRIQUE. — Dans une communication faite à la Société Médicale de l'Opéra (séance de juillet 1936), M. Lévy-Franckel a relaté les résultats obtenus par les injections intra-dermiques de sérum antidiptérique de l'Institut Pasteur dans le traitement du psoriasis. Nous nous sommes adressé à ce sérum parce qu'il était particulièrement facile à obtenir et que du point de vue d'un service hospitalier tout au moins, il représentait un mode de traitement particulièrement peu onéreux, une seule ampoule permettant de traiter un grand nombre de malades. Une autre considération nous avait également incité à utiliser ce sérum : chez certains de nos malades, la dermatose avait débuté quelque temps après une injection de sérum antidiptérique. Ainsi faisons-nous une concession à la notion — probablement inexacte — de spécificité ; cependant, nous n'oserions pas être aussi affirmatif que Tzanck. Jausion, dans une communication faite en janvier 1934 envisage la possibilité d'un psoriasis dû au bacille diphtéromorphe de la peau, qui appartient au même genre corynebactérium que le bacille diphtérique ; il n'est guère de peau, dit Jausion qui n'héberge le diphtéromorphe ou *Bacillus cutis communis*, préparant une clasine de diphtéromorphe. Jausion a obtenu le blanchiment de deux psoriasiques qui avaient résisté aux myco-clasines.

Dans ses recherches par intro-dermo-réaction aux

différents antigènes, de dermatophytes, Jausion n'obtient de résultats positifs avec ses lysats corynebactériens que dans 3 cas sur 92, soit dans 3,2% des cas. Or, et c'est ce qui nous fait pencher vers la notion d'aspécificité du sérum antidiphthérique, son action est favorable dans plus de 50% des cas alors que, si elle était spécifique elle ne devrait se montrer telle que dans 3 % des cas.

Dans une première série de malades traités en 1927 sur 11, 5 ont été blanchis, 2 ont été améliorés ; les placards ne persistant qu'aux coudes : sur les quatre autres, l'action a été nulle ; sur les 5 sujets blanchis, 2 ont récidivé, l'un au bout de deux mois, l'autre après dix-huit mois.

Parmi les 3 échecs, nous comptons un sujet qui avait présenté une forte réaction sérique qui avait nécessité, après 3 injections, l'interruption du traitement.

Depuis 1934, nous avons modifié notre technique, et pensons avoir réduit ces réactions sériques, exceptionnelles, à leur minimum.

Technique. — On fait, une fois par semaine 1/4 de cc. intradermique et 1/4 de cc. sous-cutané, le même jour. La réaction urticarienne locale, au lieu de l'injection, est elle-même assez rare, chez un sujet traité en province et qui avait reçu par erreur, 8 injections faites quotidiennement, il ne s'est produit aucune réaction.

Contrairement au traitement par les injections d'extraits de squames surtout actif dans les formes en gouttes, le traitement par le sérum antidiphthérique réussit

surtout, nous a-i-il semblé, dans les formes épaisses, « scutata » dont les larges placards se vident en leur centre, le placard n'étant plus marqué que par sa bordure qui se fragmente ensuite en taches isolées ; parfois, l'amélioration s'arrête là ; dans d'autres cas, la disparition se fait totale, ou il ne persiste qu'une tache sur l'ensemble des téguments.

Parmi les formes les plus favorablement influencées, notons les localisations au cuir chevelu, à la région génitale, au pli inguinal, à l'ombilic ; par contre celles des coudes et des membres inférieurs sont souvent rebelles.

Enfin, ce qui est précieux dans les cas assez fréquents, où le psoriasis est prurigineux, le prurit s'améliore rapidement, parfois dès la première ou deuxième injection.

Si aucune amélioration n'a été obtenue après la dixième injection, il est inutile de continuer.

Pas plus que les précédentes, cette méthode n'ambitionne pas d'être une méthode de guérison du psoriasis ; comme les autres elle a ses échecs, nombreux et inexplicables ; une plus longue observation est nécessaire pour connaître la fréquence et la date d'apparition des récidives : cette recherche est d'autant plus difficile que, dans la clientèle hospitalière, il est presque impossible de retrouver, au bout de quelques années, un sujet traité ultérieurement .

i) VACCIN ANTISTAPHYLOCOCCIQUE. — On sait que Ramon et ses collaborateurs ont pu transformer la toxine

staphylococcique en anatoxine par la méthode qui depuis longtemps déjà leur sert à préparer l'anatoxine diphtérique.

Ils ont publié les résultats de leurs recherches à la Société de Biologie et donné leurs premiers résultats thérapeutiques dans un article de la *Presse Médicale*. Bon nombre d'auteurs ont insisté déjà sur l'efficacité de cette anatoxine dans les staphylococcies externes : en particulier furunculoses, panaris et anthrax, folliculites, sycosis, etc. Depuis quelques années on emploie également le vaccin antistaphylococcique dans le traitement du psoriasis. Dans l'étiologie d'ailleurs complètement inconnue de cette affection il serait assurément prématuré de vouloir faire intervenir le staphylocoque, mais cependant on est bien obligé de reconnaître l'action heureuse du vaccin dans certains cas de psoriasis. C'est ainsi que le Dr. A. Delattre, professeur à la Faculté de médecine de Lille, a présenté le 23 octobre 1934 à la Société Médicale et Anatomo-clinique de Lille un cas de psoriasis guéri par les injections du vaccin antistaphylococcique.

Le 26 septembre 1936, M. Delattre a publié dans le *Journal des Sciences Médicales* de Lille un nouveau cas de psoriasis guéri par ce vaccin dont voici l'observation : Il s'agit d'une femme de 37 ans, qui depuis le 15 septembre 1935 a fait une poussée de psoriasis sur le tronc et sur les membres inférieurs. Les plaques sont nombreuses disséminées sur tout le corps avec prédominance sur la partie supérieure du tronc.

C'est la première fois que la malade présente une

poussée de ce genre. La première injection qu'on a fait à cette femme, était d'un quart de centimètre cube, dans la veine du pli du coude). Elle a reçu douze injections tous les deux jours à doses croissantes. Tout d'abord on a assisté à un phénomène de réchauffement : l'éruption est devenue plus abondante et plus intense. Mais, ces manifestations ont cessé rapidement. A partir de la septième injection les plaques s'atténuent et pâlissent, à la douzième elles sont devenues presque invisibles.

Le Dr. Delattre ayant revu la malade le 19 novembre, elle n'a plus présenté aucune trace de son affection cutanée.

Il est intéressant de noter que, pour obtenir un effet utile, il est nécessaire d'augmenter progressivement les doses de vaccin. C'est ainsi que ces auteurs ont été amenés à passer rapidement à la dose complète de 1 cc. 1/2.

On peut donc en conclure que le traitement du psoriasis par le vaccin antistaphylococcique ne peut prétendre à aboutir à la guérison de la dermatose. On a constaté que les récidives se sont espacées ou qu'elles ne se sont pas produites pendant le temps d'observation du malade.

IV. — OBSERVATIONS.

Les observations suivantes sont des proriasisiques soumis aux injections de sérum antidiphthérique par M. le Dr. Lévy-Frankel :

Observation I. — Madame K... M., âgée de 46 ans, consulte le 28 juillet 1927 pour un proriasis de la jambe gauche qu'elle a depuis 4 semaines. Elle a eu la diphtérie à l'âge de 4 ans. Ménopause depuis décembre 1926. Elle reçoit 10 injections de sérum anti-diphthérique (1/2 cc.) du 28 juillet jusqu'au 8 août 1927. On constate une nette amélioration. Revue de 12 septembre on constate la disparition des placards de psoriasis. Elle reçoit encore le 20-9 et le 23-9 deux injections de sérum (1/2 cc). Elle reste blanchie.

Observation II. — M. Jean C..., âgé de 19 ans, présente un psoriasis siégeant au cuir chevelu, thorax et coudes. Il vient consulter le 5 juillet 1927. On lui fait du 5-7 au 6-9-1927, 10 injections de sérum antidiphthérique (1/2 intra-dermique et 1/2 sous-cutané). Revu le 13-9 son état est très amélioré. Les éléments du corps ont disparu, il persiste une papule au coude gauche. Du 20-9 au 18-10-1927, on lui fait encore 4 injections. Non revu depuis.

Observation III. — Madame Hélène M..., âgée de 30 ans présente un psoriasis depuis 2 mois, psoriasis en larges placards gyrata sur le cuir chevelu, coudes, dos et seins. Elle reçoit du 12-7-1927 au 21-8, six injections de sérum antidiphthérique (1/2 intradermique et 1/2 sous-cutané). A la cinquième injection elle présente une grosse réaction locale. Revue le 13-9-1927, les lésions du dos et du cuir chevelu ont disparues. Les éléments du bras affaissés. Elle reçoit encore 5 injections du 20-8 au 18-10-1927 (3/4 intradermique et 3/4 sous-cutané). Amélioration persiste.

Observation IV. — Mme G... S., âgée de 38 ans, consulte le 5-7-1927 pour un psoriasis des membres datant depuis 1925. Le traitement institué est le sérum antidiphthérique (1/2 intradermique, 1/2 sous-cutané). A la troisième injection (14/7), au niveau de point d'injection il se produit une assez forte réaction inflammatoire avec rougeur et chaleur. Amélioration des lésions. Du 19-7 au 23-8, elle reçoit 5 injections. Non revue depuis.

Observation V. — Mlle S..., P., âgée de 23 ans, consulte pour un psoriasis dont le début remonte à 4 mois. Son psoriasis est plus marqué au niveau des membres supérieurs : larges placards nummulaires et très squameuses. On le trouve également sur le cuir chevelu. Elle reçoit le 14-6-1927 du sérum antidiphthérique (1/4 intradermique et 1/2 sous-cutané). Après 3 injections on constate une nette amélioration : cuir chevelu, coude gauche guéris, avant-bras très améliorés. Revue le 13-9-1927, après 13 injections son psoriasis est blanchi, sauf quelques éléments de l'avant-

bras droit qui sont en voie d'affaissement. Elle reçoit encore quatre injections du 13-9 au 4-10-1927. Amélioration persiste.

Observation VI. — Mlle Yvonne B..., âgée de 25 ans, consulte le 13-9-1927 pour un psoriasis datant de 5 ans, très épais au cuir chevelu. Psoriasis gyrata des flancs et de l'aisselle. Un de ses frères est également atteint de psoriasis. A été traité en 1924 par Novar. Reçoit du sérum antidiphthérique du 13-9-1927 au 15-11-1927, huit injections assez irrégulièrement faites.

Revue le 29-11-1927. Etat stationnaire.

Observation VII. — Madame Y. M..., âgée de 61 ans, consulte le 30-9-1927, pour un psoriasis en larges placards des genoux et du 1/3 supérieur des jambes. Psoriasis guttata des bras. Psoriasis du cuir chevelu. La poussée date d'un an. Leucoplasie comissurale gauche. Ménopause en 1917. Traité par le sérum antidiphthérique (1/4, 1/2 intradermique et sous-cutané). On constate à la sixième injection : (8-11-1927) : la jambe gauche est à peu près blanchie, la jambe droite est améliorée, les lésions du cuir chevelu ont disparu. Elle reçoit encore 2 injections, mais elle n'est plus revue.

Observation VIII. — L'enfant Jacques, âgé de 6 ans 1/2 présente le 4-10-1927 un psoriasis guttata depuis l'âge de 2 ans, disséminé sur tout le corps et le cuir chevelu. Sa mère a un naevus vasculaire de la joue droite de la dimension d'une noix. Après 6 injections de sérum antidiphthé-

rique et revu le 10-11-1927, elle est blanchie complètement. C'est la première fois, dit sa mère, qu'elle est dans cet état. Revue de 26-1-1928, elle présente une récurrence d'un élément dans la fesse lombaire gauche. Elle reçoit encore du 28-1-1928 jusqu'au 12-4-28, six injections. Non revue depuis.

Observation IX. — Mlle Y. M..., âgée de 29 ans présente le 28-6-1927, un psoriasis guttata datant de 8 mois. Elle était traitée depuis cette époque par la radiothérapie sans résultat. Après 2 injections de sérum antidiphthérique on constate une amélioration (jambes et coudes). Du 12-7-1927 au 23-8-1927, elle reçoit 8 injections. Revue le 20-9-1927, pas de notable amélioration. Du 20-9-1927 au 23-2-1928, elle a reçu successivement sérum antidiphthérique D-melcos, puis injections au lait. Le 5-3-1928, elle est soumise au traitement par le psorphanol (mal toléré). Non revue depuis.

Observation X. — Mlle M. P..., âgée de 17 ans, consulte le 6-8-1927 pour psoriasis localisé aux coudes et aux genoux, évoluant depuis plusieurs années. Du 9-8-1927 au 27-12-1927 on lui a fait 18 injections de sérum antidiphthérique. Revue le 17-1-1928. Etat stationnaire.

Observation XI. — Mme G. S..., âgée de 33 ans, consulte le 15-6-1927 pour psoriasis datant depuis 1922. Traitée par radiothérapie. Sous l'influence du sérum antidiphthérique, 4 injections à 1/2 intradermique et 1/4 sous-cutané, du 15-6 au 5-7. On constate une très grosse amélioration : les lésions se décapent et pâlisent. Les plaques de la face

sont disparues. Du 5-7 au 13-9, elle reçoit 9 injections. Revue le 13-9-1927 les lésions sont affaissées et remplacées par des macules rosées non saillants. Sur la plupart des régions tout a disparu. Revue le 20-9-1927, après 15 injections complètement blanchie.

Observation XII. — M. Paul M..., âgé de 29 ans, consulte le 29-9-1934 pour une poussée de psoriasis siégeant à la région inguino-scrotale, au thorax et aux membres. On lui fait le Psothanol de 25-9-1934 au 9-11-1934, douze injections qui ne donnent aucun résultat. On lui propose alors un traitement par le sérum antidiphthérique. Du 15-11-1934 au 17-12-1934 on lui fait 9 injections. Le 17-12-1934 on constate que les lésions sont en voie d'amélioration : les placards se vident par leur centre. Le 7-1-1935 il est blanchi après 14 injections. Le 25-4-1935 : récurrence depuis fin mars, reprise du traitement. Le 24-3-36 reste guéri (lettre du 24-3-1936).

Observation XIII. — M. Henri I..., âgé de 29 ans présente le 29-6-1935 un psoriasis localisé au cuir chevelu, aux coudes, datant de 4 à 5 ans. Revu le 10-8-1936, après 17 injections de sérum antidiphthérique on constate un état stationnaire. Les placards sont un peu moins épais sur le cuir chevelu et les jambes. Aux coudes même état.

Observation XIV. — M. B. D..., âgé de 52 ans, présente le 25-7-1935 un psoriasis en gouttes, non prurigineuses, localisé sur les membres supérieurs et fesses. Certains éléments sont prurigineux et laissent une tache pigmentée.

Le 28-7-1935, il reçoit une injection de sérum antidiphthérique. Les éléments sont plus pâles et moins saillants.

Observation XV. — L'enfant Gilbert, âgé de 10 ans 1/2 vient consulter le 14-5-1936 pour un psoriasis localisé à la verge, aux ongles, en médus droit, au pouce droit, au coude. Sa première poussée était à l'âge de 7 ans, puis récidive depuis 18 mois. Le 19-5-1936 il reçoit le sérum antidiphthérique (1/4 intradermique, 1/4 sous-cutané). Le 25-5-1936 après 18 injections les placards sont très pâles.

La lame unguale du pouce droit a repris son aspect normal à son extrémité proximale.

Observation XVI. — M. Marcel B..., 39 ans, vient en consultation le 27-3-1936 pour un psoriasis datant de 13 ans : grands placards scutata des deux avant-bras, de la région inguinale et sus-pubienne de l'abdomen, de la région sacrée et périombilicale. Un grand placard à la fesse droite, à la face postérieure de la jambe gauche et au genou. Les lésions sont très prurigineuses. A reçu 10 injections de psiothanol sans résultat. Revu le 15 avril 1936 après 8 injections de sérum antidiphthérique (1/4-1/2).

Le malade qui a reçu ces injections tous les jours (par erreur) n'a présenté une réaction locale ni général. Le 4-5-36 on constate après une autre série de 8 injections (2 par semaine) que les placards périombilicaux et ceux du dos ont disparu. Le placard sus-pubien n'est plus marqué que par sa périphérie : de scutata il est transformé en gyrata. Les placards de l'avant-bras se voient par leur

centre et laissent paraître des zones de peaux saines. Il en est de même des placards des jambes. Le prurit a disparu d'une façon complète.

Observation XVII. — Mme Eug. R..., 33 ans consulte le 24-6-1935 pour psoriasis datant de 3 semaines et atteignant la face, le cuir chevelu et les coudes. Du 27-6 au 25-7-36 elle a reçu 4 injections de sérum antidiphthérique (1/4 intradermique et 1/4 sous-cutané). Après 2 injections (13/7) les lésions ont pâli et presque disparu. A la face les placards sont rosés. Revu le 25-7-35 après 7 injections : disparition des placards du thorax et du cuir chevelu. Il ne persiste que quelques placards en coude. Le 26-9-1935 : lésions des coudes disparues, il persiste un placard érythémateux du cuir chevelu. Le 10-10-1935 : blanchi après 15 injections. Revue en mars 1936, elle est restée guérie.

Observation XVIII. — M. P. L..., 32 ans, consulte le 17-6-1936, pour psoriasis : Placards épais depuis l'âge de 14 ans sur le tronc, hanches, pubis, jambes, cuir chevelu. Lésions très prurigineuses. Le père du malade est atteint de psoriasis. Traitement : bains alcalins et pommade au calomel. 1-7-1936 : Lésions restées sans changement. Sérum antidiphthérique 1/4 cc. intradermique. 7-7-1936 : Prurit moins intense, sauf à la jambe, les placards se sont fragmentés. Sérum (1/4). 16-7-36 : les placards du cuir chevelu et du bras ont disparu, les placards pubiens et sacrés ne sont plus marqués que par une bordure pâle et fragmentée. Le prurit de la jambe a à peu près disparu. Sérum 1/4 cc.

23-7-36, prurit nul. L'affaïssement des placards restants s'accroît. Sérum 1/4 cc. 4-8-36 : à peu près blanchi, sauf une tache d'ailleurs pâle sur chaque épaule, et une sur le dos. Sérum 1/4 cc. Le 11-8-1936 : blanchi.

Observation XIX. — M. R. D..., 33 ans, présente un psoriasis du cuir chevelu, des membres supérieurs et inférieurs qui fut amélioré par l'Eosine (24-12-1936). 7-1-37. Les placards du thorax et des bras ont à peu près disparu avec l'éosine, ceux des jambes et du cuir chevelu persistent. Sérum antidiphthérique. Après la première injection, réaction fébrile. 14-1-1937. Lésions des jambes en affaïssement, lésions du cuir chevelu persistent. 23-1-1937, très amélioré, lésions des bras et jambes à peu près disparues après 3 injections de sérum. Les lésions du cuir chevelu sont moins épaisses. 30-1-1937, l'amélioration s'accroît.

CONCLUSIONS.

I. — Le psoriasis, dermatose bien définie au point de vue clinique, l'est beaucoup moins au point de vue de sa physio-pathologie et de ses réactions vis-à-vis des difficultés thérapeutiques utilisées ; tout se passe comme si l'entité clinique psoriasis pourrait être provoquée par des causes diverses ; certains malades réagissent aux arsénicaux, d'autres aux sels de bismuth ou de mercure, d'autres encore aux extraits de squames ou au sérum antidiphthérique, ou aux clasines, et ce parfois avec une grande rapidité : on a l'impression que pour ces sujets, le remède utilisé était vraiment « spécifique ». Mais toujours il ne l'est que pour un certain nombre des cas.

II. — Tous les procédés passés en revue peuvent être utilisés, nous insistons sur l'efficacité qui nous a paru incontestable, dans un grand nombre de cas, des corps colorants, en particulier de l'Eosine, en pommade ou en solution alcoolique.

III. — Parmi les méthodes thérapeutiques que nous avons étudiées, seules nous déconseillons les injections

de sels d'or, à cause des accidents parfois mortels, qu'elles peuvent occasionner, et qui sont hors de proportion avec les inconvénients que peut présenter le psoriasis, affection bénigne. Il nous paraît légitime de limiter l'emploi des sels d'or aux formes arthropathiques, graves de l'affection.

Vu : *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris.

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE.

- BURNIER et LOTTE. — Traitement du Psoriasis par le Psor-
thanol (Soc. franç. de Derm. et Syphiligr. 12-7-1928).
- DARRIER. — Nouvelle pratique Dermatologique, tome VIII.
- DESEAUX et H. PRETET. — Observations de deux malades
atteints de Psoriasis et blanchis à la suite d'injections
d'extraît glycérimé et filtré sur bougie, de squames.
(Bull. de la Soc. franç. de Derm. et de Syphil. 11-7-35).
- DELATTRE. — Nouveau cas de guérison de Psoriasis par
le vaccin antistaphylococcique (Journal de médecine
de Paris. 1-8 oct. 1936, n° 39, p. 276).
- GOUGEROT. — La dermatologie en clientèle.
- GOUGEROT et DEGOS. — Psoriasiques améliorés par les appli-
cations externes de colorants. (Bull. de la Soc. franç.
de Derm. et Syphiligr. 12 mars 1936, p. 625).
- L'éosine dans le traitement local du Psoriasis (Bul.
de la Soc. franç. de Derm. et Syphi. 10 décembre 1936,
p. 784).
- GOUGEROT et MEYER-HEINE. — Injections de bleu de néthy-
lènes chez les psoriasiques. Absence de fixation nette,
influence heureuse. (Bull. de la Soc. franç. de Derm.
et Syphi. n° 3, mars 1935, p. 441).

- HUFFSCHMITT. — L'emploi des sels d'or dans le traitement du Psoriasis (Paris médical, 22 janvier 1927).
- JAUSION. — 127 cas de Psoriasis blanchis par les clasines et diasto-clasines (Bull. de la Soc. franç. de Derm. et Syphilographie, 11 juillet 1935).
- KOKKINOPOULOS. — Traitement du Psoriasis par le régime sans graisse (Thèse Paris 1935).
- LANDART. — Le traitement du Psoriasis par un nouveau composé arseno-bismutique (Thèse Paris 1928).
- LÉVY-FRANKEL. — Les nouveaux traitements du Psoriasis (Journal de médecine de Paris, 22 oct. 1936, p. 315).
- LÉVY-FRANKEL, JUSTER. — Recherches sur le Psoriasis et résultats obtenus par le traitement endo-crinien et l'irradiation des glandes vasculaires sanguines. (Bull. de la Soc. franç. de Derm. et Syph. 1923, p. 382).
- PRAT. — Des traitements actuels du Psoriasis (Thèse Paris 1929).
- RABUT. — Où en est le traitement du Psoriasis. (Hôpital, décembre 1932).
- RAVAUT. — Essai d'autodermothérapie par l'électrocoagulation. Présentation de deux malades atteints de psoriasis. Traitement par cette méthode. (Bull. de la Soc. de Derm. et Syphiligr. Mai 1927).
- SABOURAUD. — Traitement du Psoriasis (Presse médicale 21 janvier 1920).
- SCHAMBERG. — Traitement diététique du Psoriasis. (The Journal of the Amer. Med. Ass. n° 9, 7 mai 1932).

A. SÉZARY. — Les traitements internes et la pathogénie du Psoriasis (La pratique franç. n° 8, 1926.

— Le traitement du Psoriasis par les pommades réductrices composées (Presse médicale n° 42, du 25 mai 1932).

SZKOLNIC. — Des huiles souffrées dans le traitement du Psoriasis (Thèse Paris 1919-1920).

WILMET. — Les bains d'émulsions médicamenteuses dans le traitement du Psoriasis (Thèse Paris 1911-1912).

TABLE DES MATIERES.

Introduction	9
I. — Traitement externe	11
II. — Traitement interne	23
III. — Traitement général	33
IV. — Observations	50
Conclusions	58
Bibliographie	60

